

〔 歯科外来診療環境体制加算 1
 歯科外来診療環境体制加算 2 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う施設基準(該当するものに○を付け、該当する受理番号を記載すること)

○	歯科外来診療環境体制加算 1 (2 から 5 までの項目について記載)
	歯科点数表の初診料の注 1 に係る施設基準 受理番号 : (歯初診) ○○○○
	歯科外来診療環境体制加算 2 (全ての項目を記載)
	地域歯科診療支援病院歯科初診料 受理番号 : ○○○○

歯初診未提出の場合、
外来環 1 と同時届出

2 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

受講者名 (常勤歯科医師名)	講習名 (テーマ)	受講年月日	当該講習会の主催者
関村 太郎	緊急時の対応	2019/5/20	〇〇歯科医師会
〃	医療事故	2018/7/30	〇〇保険医協会

届出日より 3 年以内の講習
会終了証が必要

※ 研修の受講を確認できる文書を添付すること。

3 歯科衛生士の氏名等(常勤又は非常勤を○で囲むこと)

氏 名 (常勤・非常勤)	氏 名 (常勤・非常勤)
1. 関村 花子 (常勤・非常勤)	3. (常勤・非常勤)
2. (常勤・非常勤)	4. (常勤・非常勤)

4 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数(セット数)
自動体外式除細動器 (AED)	(日本光電)カルジオライフ AED-3100	1 台
経皮的酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)	(セキムラ)バイタルセンサ S-DV	1 台
酸素	(セキムラ)オキシカート 500	1 台
血圧計	(セキムラ)バイタルセンサ S-DV	1 台
救急蘇生キット	(IMI)アンプ蘇生バッグ SPUR II 成人用	1 台
歯科用吸引装置	(東京技研)フリーアームアルテオ I	4 台
その他		

メーカー名、製品名(型番まで)を記入

5 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称: 〇〇総合病院	担当医名 : 外来 次郎
所在地 : 〇〇県〇〇市〇〇	連絡方法 : 電話
開設者名 : 〇〇 〇〇	搬送方法 : 救急車

緊急時に搬送できる病院。連携
体制がとれていることが必須

6 医療事故、インシデント等を報告・分析し、その

安全管理の体制確保のための委員会の開催状況	
委員会の開催回数	回/月
委員会の構成メンバー	
安全管理の体制確保	年 回
研修の主な内容等	

外来環 1 の届出の場合、
記入不要